

Contribution à l'étude
des
adénopathies satellites
de
l'accident primitif génital de la syphilis
(à propos de quelques cas atypiques)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Michel FUMAROLI

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 14 Mars 1906 à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1930

**Contribution à l'étude des adénopathies satellites
de l'accident primitif génital de la syphilis
(à propos de quelques cas atypiques)**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'étude
des
adénopathies satellites
de
l'accident primitif génital de la syphilis
(à propos de quelques cas atypiques)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Michel FUMAROLI

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 14 Mars 1906 à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine, légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

[M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS, *président* ; DUFOURT, *assesseur* ;
GATÉ et REBATTU, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Sa vie a été pour nous un exemple ;
sa mort nous a dicté une ligne de
conduite.

A MA MÈRE

« Oh ! L'amour d'une mère, amour
que nul n'oublie... »

Moins que tout autre, nous n'oublierons les durs sacrifices qu'elle a voulu s'imposer pour nous permettre de longues études. L'amour infini, et la reconnaissance immense que nous lui portons, ne nous suffiront pas pour nous acquitter jamais de notre dette envers elle.

A MON FRÈRE, LE DOCTEUR JEAN FUMAROLI

Ex-Interne des Asiles des Bouches-du-Rhône

C'est lui qui nous a orienté vers la carrière médicale. Le premier il nous a enseigné l'amour de notre profession ; bien souvent il nous a encouragé et ses conseils nous ont été, plus d'une fois, précieux. Qu'il soit assuré de toute notre tendresse affectueuse.

A MON ONCLE ANGE

Nous lui devons beaucoup, et ces lignes ne peuvent être qu'un bien faible témoignage de reconnaissance pour la grande affection qu'il nous a toujours témoignée.

A MON ONCLE PANCRACE

Dont les qualités de cœur et la noblesse de caractère ont fait qu'il a droit à notre plus vive affection.

A TOUS MES PARENTS

A CEUX QUE JE CROIS ÊTRE MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Officier de la Légion d'Honneur

*Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Maître éminent entre tous, il a été pour beaucoup dans notre formation médicale ; ses admirables leçons cliniques resteront longtemps dans notre mémoire. De plus, le très grand honneur qu'il nous fait, en acceptant la Présidence de notre Jury de Thèse, ne peut qu'accroître le profond respect que nous avons pour lui ; et c'est dans un bien vif sentiment de reconnaissance que nous lui adressons nos remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATÉ
*Médecin-Chef du Service de Dermato-Syphiligraphie
de l'Hôpital de l'Antiquaille (Annexe des Chazeaux)*

C'est lui qui nous a inspiré le sujet de notre Thèse. Il nous a donné les plus précieux conseils, et l'accueil qu'il nous a réservé dans son Service a toujours été empreint de la plus grande affabilité. Quant à nos connaissances en Dermato-Syphiligraphie c'est à lui, en grande partie, que nous les devons. Autant de titres à notre très vive reconnaissance et à notre plus profond respect.

A MES JUGES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DU SERVICE
SANTÉ MILITAIRE

A MES CAMARADES DE PROMOTION

Avant-propos

La syphilis a été depuis si longtemps étudiée, et ses manifestations ont fait l'objet de tant de descriptions, dont quelques-unes sont remarquablement précises, qu'il apparaît, à tout le monde, comme difficile d'apporter, dans ce domaine, quelque chose de nouveau et qui vaille la peine d'être signalé.

Aussi, est-ce avec une certaine appréhension que nous avons accepté l'offre que nous a faite notre Maître, M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATÉ, de rapporter, dans notre travail inaugural, quelques observations qui viennent à l'encontre de ce que la clinique a coutume de nous montrer.

Nous avons fait tout notre possible pour mériter la confiance qu'il a bien voulu nous témoigner; nous le prions, bien respectueusement, de nous lire avec l'indulgence que nous lui connaissons, et de nous excuser si notre texte ne répond pas, exactement, à toute sa pensée.

Nous nous estimerons satisfait; si ce modeste travail réussit à mettre en garde les praticiens contre les aspects quelquefois inattendus d'une maladie aussi courante.

Une erreur, ou un retard dans l'élaboration d'un diagnostic vrai, peut avoir des conséquences bien fâcheuses pour les malades qui nous sont confiés.

Aussi, croyons-nous qu'il existe un intérêt certain à *dépister ces formes atypiques, à les approfondir quelque peu, et à les faire connaître.*

Contribution à l'étude des adénopathies satellites
de l'accident primitif génital de la syphilis
(à propos de quelques cas atypiques)

Introduction

Nous ne considérerons, dans cette étude, que les manifestations de la syphilis à la période primaire; et de façon plus spéciale, nous nous attacherons aux réactions ganglionnaires coïncidant avec un chancre de la sphère génitale.

Si nous nous reportons aux ouvrages classiques ayant trait à la symptomatologie de la syphilis, à la première période de cette affection, nous voyons qu'elle se présente, et qu'elle évolue, suivant des règles à peu près immuables.

Quelles sont les caractéristiques de cette période? D'une part, on note une *ulcération* plus ou moins typique ou chancre d'inoculation et qui constitue la porte d'entrée du virus; d'autre part apparaissent bientôt des modifications du côté des lymphatiques et des ganglions, dans le territoire correspondant au siège du chancre.

L'ensemble de ces manifestations: *chancre* et *adénopathie satellite* constituent un substratum clinique

suffisamment probant pour que l'on puisse poser le diagnostic précis de syphilis primaire.

Empruntant aux mathématiques leur manière d'exposer une vérité, nous pourrions écrire :

$$\textit{syphilis primaire} = \textit{chancre} + \textit{adénopathie}$$

souvent même, on se trouve en présence d'une ulcération dont il est difficile de préciser la nature, la recherche du tréponème ne donnant pas toujours, suivant les circonstances où elle est pratiquée, des résultats décisifs. C'est, alors, par les caractères particuliers de l'adénopathie satellite, qui signe presque la nature de l'affection, que l'on fera le diagnostic.

Cependant, tous les jours aussi, la pratique hospitalière se charge de nous montrer — quelle que soit la branche de la Médecine à laquelle on s'adresse — combien vaine est notre ambition de vouloir enfermer, dans les cadres étroits d'une formule mathématique, la symptomatologie d'une affection.

Les exceptions, du point de vue médical, existent aussi bien que celles que l'on a coutume de signaler en grammaire; mais, nous médecins, nous n'avons pas le droit de les ignorer: une « exception » méconnue, c'est peut-être bien une vie humaine perdue, par notre faute.

Revenant à la syphilis et à ses manifestations primaires, nous allons montrer qu'il existe, contrairement à l'habitude, des cas douteux, embarrassants, voire même absolument opposés à ceux que l'on voit journellement.

L'adénopathie syphilitique primaire ne se présen-

terait donc pas toujours suivant la forme décrite par les auteurs classiques et plus particulièrement RICORD et FOURNIER.

Et, à l'appui de cette affirmation, nous allons rapporter « quelques cas d'adénopathies atypiques, satellites d'un accident primitif génital de la syphilis » ; tous ont été observés dans le service de notre Maître MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATÉ, à l'Hôpital de l'Antiquaille (Annexe des Chazeaux).

Quelques mots, avant de terminer ce préambule, sur la manière dont nous avons envisagé notre travail, et sur la façon suivant laquelle nous avons cru devoir l'exposer.

Dans une *première partie d'historique* nous rappellerons les idées que professaient, sur la question, les auteurs anciens et les auteurs modernes. Nous dirons ensuite quelles sont les opinions classiques et, pour terminer ce chapitre, quelques mots de la conception lyonnaise quant au sujet qui nous intéresse.

Une *deuxième partie* sera consacrée aux *formes atypiques déjà signalées*.

Viendront ensuite les *observations*, que nous avons pu recueillir par nous-même, ainsi que quelques *commentaires*, nécessaires croyons-nous, sur chacune d'elles.

Puis, partant des faits cliniques que nous aurons signalés, nous dirons quel est l'enseignement que nous devons en retirer: ceci fera l'objet de nos *conclusions*.

Pour terminer, enfin, une courte *bibliographie* où nous citons les auteurs auxquels nous nous sommes adressés pour l'élaboration de notre travail.

PREMIÈRE PARTIE

Historique et formes classiques

L'adénopathie satellite du chancre de la région génitale a été constatée par de nombreux auteurs anciens. Mais fort peu l'avaient « observée » au sens scientifique du mot. Il semble bien, d'après les recherches que nous avons faites à ce sujet, que ce soit THIERRY DE HÉRY qui, en 1660, ait le premier insisté sur sa valeur diagnostique. En tout cas, c'est à lui qu'il faut en attribuer la première relation. Et nous ne pourrions mieux faire que de citer ce passage, écrit de sa main, où, dit-il: « Bien est vrai que les plus certains signes de la vérole sont, quand pendant ou après les ulcères des parties honteuses (spécialement calleux et durs en leurs racines), apparaissent *tumeurs aux aynes* qui s'en retournent dedans le corps sans suppurer... »

Cette description ne laisse aucun doute sur la nature de ces « tumeurs aux aynes » dont il a très bien noté le caractère résolutif spontané, *sans suppuration*.

Plus tard, les idées sur la syphilis et ses manifestations primaires, loin de se préciser, deviennent matière à controverses. Et les discussions d'aller leur train, entre les maîtres de ce temps, sur l'étiologie, la symptomatologie, la pathogénie de cette affection.

Et nous citerons, pour mémoire, les violentes attaques dont RICORD a été l'objet de la part de DESRUELLES, qui était alors Professeur de clinique des maladies vénériennes à l'Hôpital du Val de Grâce. Aussi, est-ce pour répondre au « Traité pratique des maladies vénériennes, » de DESRUELLES (1836) que, deux ans plus tard RICORD publiait lui aussi, son « Traité pratique des maladies vénériennes » (1838) dans lequel il exposait longuement ses opinions et donnait le résultat de ses nombreuses expériences. Les faits nous ont appris qu'il avait raison et la Postérité a largement reconnu ses mérites et la justesse de ses vues.

Voyons donc ce que pensait DESRUELLES, en 1836; et nous citerons quelques passages de son ouvrage non pas tant pour leur valeur scientifique que pour montrer combien étaient peu vraies les idées qu'il possédait sur la question. Voici en quels termes il s'exprime: « Les ulcères au pénis produisent sympathiquement dans l'organisme, des influences fort remarquables; rarement ils donnent lieu à des adénites pendant le traitement simple, mais cette maladie secondaire se manifeste souvent pendant le cours du traitement mercuriel; dans l'une et l'autre circonstance *les adénites dépendent de l'excitation des ulcères par des pansements irritants.*

...On conçoit qu'un traitement interne irritant et

des pansements stimulants doivent rendre très fréquente *l'apparition des adénites inguinales* ».

Plus loin, il dit : « ...Les ganglions inguinaux s'irritent fréquemment chez des hommes affectés seulement d'ulcères fort légers du pénis.

...Les adénites inguinales sont souvent du côté opposé à celui qu'envahissent les ulcères du pénis ».

« ...L'adénite inguinale, écrit-il enfin s'annonce par une gêne d'abord assez légère qui se change graduellement en une douleur insupportable si le malade ne garde pas le repos. Un ou plusieurs ganglions sont légèrement gonflés, leur pression détermine une douleur qui engourdit l'aîne. *Si ces ganglions roulent sous le doigt*, on peut pronostiquer d'avance que *l'adénite sera peu grave...* »

De ces quelques lignes, que nous avons citées comme parmi les plus explicites, il ressort que DESRUELLES, partant d'observations cliniques souvent justes, en a tiré des déductions symptomatologiques et pathogéniques fausses. En effet, il a bien précisé le siège de l'adénopathie : *dans la région inguinale pour un ulcère du pénis*; les caractères : *ganglions roulant sous le doigt*. Mais la valeur diagnostique et la cause de ces réactions ganglionnaires lui ont totalement échappé.

Ainsi, de ce qui précède, il résulte que, deux siècles après THIERRY DE HÉRY, les idées sur la syphilis et ses manifestations primaires sont beaucoup plus éloignées de la vérité, et bien plus imprécises, qu'en 1660.

Et c'est à RICORD que revient le mérite d'avoir exposé, magistralement, des conceptions vraiment justes

sur la question. Travaillant scientifiquement, se dégageant du fatras des théories erronées et des périodes verbeuses, il pouvait enfin, en 1838, présenter, au monde savant, un travail dans lequel, partant de réalités cliniques scrupuleusement étudiées, il arrivait à des conclusions considérées comme classiques encore à l'heure actuelle.

A ce point que FOURNIER, dont le nom fait autorité en matière de syphiligraphie, a souvent recouru aux écrits de RICORD : on ne peut rendre hommage, de façon plus éloquente, à la justesse de ces derniers. Car, les idées de FOURNIER, exposées longuement dans son « *Traité de la syphilis* » sont encore, aujourd'hui, des *conceptions classiques*.

Reportons-nous à l'ouvrage cité plus haut; voici, en quels termes, cet auteur fixe les modifications que l'on observe du côté des ganglions et des voies lymphatiques à la période du chancre. C'est sous le nom de « *bubon satellite* » qu'il parle de l'adénopathie syphilitique primaire, marquant déjà, par le qualificatif employé, ce caractère de contiguïté, dans le temps et dans l'espace, qui unit le chancre aux réactions ganglionnaires. Nous transcrivons fidèlement les paroles mêmes de FOURNIER, car les interpréter ne ferait qu'amoindrir et déformer un texte dont la clarté d'exposition n'a d'égale que la précision des termes employés.

...« C'est un symptôme constant », écrit FOURNIER, à propos du « *bubon satellite* » de l'accident primitif génital de la syphilis. « Il est le compagnon fidèle du chancre; pas de chancre infectant sans bubon », ajou-

te-t-il, en rapportant les propres termes employés par RICORD.

FOURNIER dit de plus que, dans sa longue pratique de la clientèle, sur cinq mille malades de la ville atteints de chancres syphilitiques il n'a vu *le bubon primitif faire défaut que dans trois cas*.

Mais ce caractère de solidarité étroite qui unit le chancre au territoire lymphatique en relation anatomique avec lui, ne retiendra pas plus longtemps notre attention, car c'est un fait trop connu.

Voyons plutôt, ce qui est beaucoup plus important du point de vue qui nous intéresse, quelles sont les caractères, normalement rencontrés, de ce bubon.

Car, avant de présenter des « *formes atypiques* » il importe de bien préciser les « *formes classiques* ».

Parlant du *siège* du bubon symptomatique, FOURNIER dit catégoriquement qu'il se trouve « ...là où se rendent les lymphatiques de la région occupée par le chancre, c'est-à-dire, dans les ganglions qui sont les aboutissants anatomiques du département cutané qu'affecte le chancre; — et, *là seulement, jamais ailleurs*. — Si le *chancre* réside aux *parties génitales*, ce sont les *ganglions inguinaux* qui se prennent »...

FOURNIER note cependant qu'il peut y avoir, à cette règle clinique, de rares exceptions sur lesquelles nous reviendrons, un peu plus loin, dans le chapitre réservé aux formes atypiques déjà signalées.

Parlant de « *l'échéance d'apparition* » de l'adéno-pathie syphilitique et voulant bien marquer son caractère *primaire*, FOURNIER dit: « ...Le bubon commence à devenir cliniquement appréciable dans les derniers

jours du septennaire qui suit l'apparition du chancre et, plus souvent, dans les premiers jours du deuxième. Somme toute, on peut dire que *la constitution du bubon suit de très près l'apparition du chancre...* »

Ayant ainsi précisé le siège et l'échéance d'apparition de l'adénopathie syphilitique primaire, il importe de dire, rapidement, car la chose est trop bien connue à l'heure actuelle, quels en sont, du point de vue *classique*, les *symptômes cardinaux*. Et c'est encore à FOURNIER que nous ferons appel pour ce court exposé.

D'après RICORD, voici en quels termes s'exprime FOURNIER: « ...quatre attributs composent la caractéristique habituelle du bubon:

1° c'est une adénopathie tout au plus *moyenne* comme développement;

2° c'est une adénopathie *aphlegmasique*, froide, *indolente*;

3° c'est une adénopathie *dure*;

4° c'est une adénopathie *polyganglionnaire*.

Si nous ajoutons que c'est une adénopathie *d'évolution lente* et une adénopathie *spontanément résolutive*, nous aurons renfermé dans ces quelques mots toute la symptomatologie habituelle de ce bubon satellite... »

Cette conception de l'adénopathie syphilitique primaire est acceptée par tous les auteurs et confirmée, à peu près toujours, par la Clinique.

Voici, en effet, ce que disent sur le même sujet, d'autres auteurs: HALLOPEAU, dans son « *Traité de la Syphilis* », fait siennes les conclusions de FOURNIER, tant au point de vue du *siège*, de la *nature*, que de l'évo-

lution de l'adénopathie syphilitique primaire. « ...Ce sont — écrit-il — les ganglions qui sont les aboutissants des lymphatiques du chancre qui sont envahis. Ils sont augmentés de volume mais restent *séparés les uns des autres, mobiles et peu douloureux* ».

« ...C'est moins une adénite qu'une *adénopathie plastique* ».

L'Ecole Lyonnaise professe, à cet égard, des idées absolument semblables.

MESSIEURS AUGAGNEUR et CARLE disent — dans leur « Précis des maladies vénériennes » — au sujet de l'adénopathie syphilitique primaire: « ...elle est *nécessaire, fatale*. Elle siège toujours dans les ganglions qui sont les aboutissants des lymphatiques de la région chancreuse: ce sera *l'aine* pour les *chancres génitaux et perigénitaux*... » — « ...L'adénopathie syphilitique primaire est constituée par une *pleïade ganglionnaire*, de *développement moyen*, avec prédominance fréquente de l'un des ganglions. Chacun des éléments est constitué par un *ganglion dur, bien délimité, mobile, non empâté, non douloureux, non enflammé*... »

Toujours d'après ces auteurs, l'adénopathie présenterait certains caractères particuliers suivant *l'âge* du malade considéré. C'est ainsi que « ...chez les *gens âgés* — disent MESSIEURS AUGAGNEUR et CARLE — l'adénopathie satellite est *bien souvent minime*. Nous verrons, par la suite, combien cette opinion se trouve infirmée par l'observation, que nous rapportons d'autre part, d'un malade âgé de soixante ans et où la règle se trouve être mise en défaut.

Quant aux idées de notre Maître, MONSIEUR LE PRO-

FESSEUR NICOLAS, qu'il a eu l'occasion de développer maintes fois, devant nous, au cours de ses leçons cliniques, il nous semble inutile de les rappeler longuement. Nous savons l'importance qu'il attache aux caractères particulièrement spécifiques de l'adénopathie syphilitique, satellite du chancre qui, à elle seule, signe presque la nature de l'affection.

Au cours d'une réunion de la filiale lyonnaise de la *Société Française de Dermato-Syphiligraphie*, donnant son avis — qu'une longue pratique rend encore plus autorisé — au sujet de l'extension possible de la réaction ganglionnaire à la région iliaque dans le cas d'un chancre génital, MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS s'exprimait ainsi: « ...*Je n'ai jamais constaté d'adénopathie iliaque importante à la période primaire de la syphilis* » (Bulletin de la Société Française de Dermato-Syphiligraphie, réunion de Lyon — Séance du 19 décembre 1929).

L'observation d'une grosse adénopathie iliaque, telle que nous avons pu la voir chez deux de nos malades, n'est donc pas chose courante.

Ayant ainsi établi quels étaient les caractères habituels de l'adénopathie syphilitique satellite d'un chancre génital, nous allons rappeler, assez rapidement, les « *formes atypiques déjà signalées* ».

DEUXIÈME PARTIE

Les formes atypiques déjà signalées

Les premiers cas, croyons-nous, qui aient été signalés concernant les adénopathies syphilitiques primaires à caractère non classique, l'ont été par FOURNIER. Et encore, sont-ils rares, puisqu'il ne peut fournir que quelques observations dont deux, seulement, sont rapportées en détail. Voici ce qu'il dit à ce sujet :

« ...Cinq fois, en effet, sur des sujets morts de maladies intercurrentes au début de syphilis d'origine génitale, j'ai trouvé des ganglions intéressés au delà des pleïades inguinales. Dans l'un de ces cas il existait une véritable pleïade iliaque composée de six ganglions étagés le long des vaisseaux iliaques.

Dans un autre, deux grosses pleïades inguinales étaient surmontées par deux pleïades iliaques composées l'une de cinq, l'autre de six ganglions. De chaque côté deux de ces ganglions iliaques étaient compara-

bles comme dimensions, à de belles noisettes. En outre, supérieurement, se trouvaient sur le côté droit de l'aorte, un peu au-dessus de sa bifurcation, deux ganglions superposés et contigus dont l'ensemble figurait le volume d'un abricot ».

Le deuxième groupe de formes atypiques qui ait été signalé est constitué par ces syphilis où l'antécédent chancre n'existe pas ou n'a pu être mis en évidence.

Suivant les auteurs des observations rapportées, les noms donnés diffèrent quelque peu mais concernent des faits cliniques du même ordre. Nous voulons parler de ces « syphilis sans chancre », ou encore de ces « syphilis d'emblée », qui ont fait l'objet d'un certain nombre de communications au cours de ces dernières années.

Nous devons, avant d'aller plus avant dans cette voie, dire que — à notre connaissance — de pareils faits n'ont pas encore été observés à Lyon.

Pour pouvoir dire quelques mots à ce sujet, il faut nous reporter aux observations de MONSIEUR LE PROFESSEUR AUDRY, de Toulouse, qui s'est particulièrement intéressé à cette question de « *syphilis à bubon d'emblée* ».

Cet auteur, en effet, en collaboration avec CHATELIER, a publié, sous le nom de « syphilis cryptocarcinique à début ganglionnaire (syphilis à bubon d'emblée) », un article dans lequel il présente des cas de syphilis d'emblée ganglionnaire sans que les malades aient présenté de chancre (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie — 1921 — Tome II — pages 305 et suivantes).

Nous ne suivrons pas — et encore moins discuterons-nous — MESSIEURS AUDRY ET CHATELIER dans les explications qu'ils fournissent sur l'existence, pour eux indiscutable, de syphilis évoluant sans chancre, car cette question nous éloignerait un peu trop du sujet même de notre travail.

Qu'il nous suffise de rappeler que, d'après les propres paroles des auteurs que nous venons de citer, il existe une « syphilis acquise réellement cryptogénétique :

1° s'il y a inoculation intra-vasculaire sanguine: syphilis hémalogène comparable exactement à la syphilis congénitale;

2° s'il y a inoculation *percutanée, conjonctive, lymphatique et ganglionnaire* sans sclérose initiale, sans chancre ».

MESSIEURS AUDRY ET CHATELIER ne s'occupent que de la deuxième variété signalée. Nous ne donnerons pas par le détail les cinq observations qu'ils rapportent à ce sujet. En voici les caractères essentiels: « ... En résumé — disent-ils — nos cinq observations comprennent:

1° Un exemple d'érosion insignifiante, jamais chancriforme, accompagnée d'une polyadénite suppurée et dont la nature syphilitique n'a pu être révélée que par une R. W. +.

2° Un exemple de balanite érosive typique accompagnée de polyadénite suppurée et d'une R. W. +.

3° Trois cas de polyadénite suppurée exempts de toute manifestation appréciable d'une porte d'entrée

quelconque et dont la nature n'a pu être reconnue que par la R. W. ».

Les auteurs apportent la réserve suivante: l'examen du liquide de ponction ganglionnaire n'a pas été pratiqué.

Enfin, voici leurs conclusions: « ...En résumé, il existe des syphilis qui ne débütent pas par un chancre macroscopique:

1° Les unes sont consécutives à une *inoculation sanguine primitive* (expérimentation, congénitalité, syphilis par piqûres, etc.);

2° D'autres hypothétiques sont peut-être *consécutives à une résorption spirochétique effectuée au niveau et à la faveur d'une autre infection initiale*;

3° D'autres, et de beaucoup les plus fréquentes, les plus réelles, *succèdent à des chancres microscopiques, imperceptibles*.

En pratique, on peut affirmer que ces syphilis cryptocarciniques sont bien moins rares qu'on ne le croit; et que, parmi elles, il en est une *variété caractérisée par l'intensité de la réaction ganglionnaire satellite: syphilis à bubon d'emblée*.

W. FELDMANN en rapporte aussi un cas dans la Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie.

Pour ce qui est de l'interprétation donnée à ces formes atypiques, nous nous adresserons à l'article publié, à ce sujet, par SAINZ DE AJA, Président de l'Académie Espagnole de Dermatologie et de Syphiligraphie, dans les « Ecos españolas de Dermatologia y Sifiligrafia ». D'après lui, l'existence même de la syphilis évoluant sans chancre ne saurait être mise en doute.

Les faits cliniques connus depuis longtemps sous le nom de « syphilis décapitées » sont confirmés, dit-il, par l'inoculation à l'animal. L'accident primitif manquerait approximativement dans dix pour cent des cas de syphilis expérimentale.

Il considère, d'autre part, que le chancre comme la papule et la gomme sont déterminés par la défense de l'organisme et non par l'action directe du tréponème. Il s'agit donc d'une absence ou d'un échec de la modalité spéciale de la « *défense primaire* ».

Ayant ainsi exposé, très succinctement, ce qui a été rapporté déjà, touchant les formes d'adénopathies atypiques observées dans la syphilis primaire, nous allons apporter, à notre tour, une modeste contribution à cette étude, en présentant les *observations* que nous avons pu recueillir.

Observations

OBSERVATION I

Il s'agit d'un cas de syphilis, chez un malade ayant présenté un chancre fugace, sans tréponèmes constatés, et accompagné d'une adénopathie *inguinale*, et surtout *iliaque*, *atypique*.

Voici d'ailleurs par le détail, l'observation que nous avons recueillie:

Le malade examiné est un sujet de nationalité algérienne; il exerce la profession de manœuvre, en France, depuis cinq ans. Il entre dans le service de Dermato-Syphiligraphie des Chazeaux (Hôpital de l'Antiquaille), le 24 septembre 1929, pour une ulcération de la verge.

L'examen général donne les renseignements suivants:

Aux poumons, on trouve des signes nets de tuberculose ancienne des deux sommets: matité, souffle inspiratoire, râles très discrets seulement après la toux. La radioscopie montre que le poumon droit est uniformément gris. Du reste, le malade déclare avoir eu, il y a quelques années, des bronchites répétées et plu-

sieurs hémoptysies. Il n'y a pas de Bacille de Koch dans les crachats.

L'examen du *cœur* et du *tube digestif* est négatif, on ne perçoit pas de grosse rate.

Le *foie* est un peu gros, débordant d'un travers de doigt les fausses côtes.

La température est à 38°9.

Enfin le malade se plaint de douleurs articulaires sans qu'on puisse trouver le moindre signe d'arthrite.

L'*ulcération*, qui a motivé l'entrée à l'Hôpital, siège sur le sillon balano-préputial. Elle a plus d'un centimètre de longueur. Les bords ne sont pas décollés; l'exulcération est très superficielle, herpétiforme. Le fond est rosé et ne repose pas sur une base indurée.

Il n'y a pas de lymphite du dos de la verge. Mais, dans le triangle de Scarpa droit on trouve des *ganglions tuméfiés*, légèrement *inflammatoires*, un peu *douloureux*.

En outre, dans la *fosse iliaque* du même côté, la palpation montre l'existence d'une masse dure de la grosseur d'une *mandarine*, assez régulière, *douloureuse*, *immobile*, semblant fixée à la paroi.

En résumé, il s'agit d'un bacillaire peu évolutif qui présente une ulcération de la verge avec adénopathie inguino-iliaque unilatérale.

Les caractères de l'ulcération éliminent le chancre mou. La recherche du bacille de Ducrey est négative; l'intradermoréaction au Dmelcos également.

Le diagnostic de chancre syphilitique est plus vraisemblable, d'autant plus que la *réaction de Wassermann* est *légèrement positive*. Mais, malgré la répéti-

tion des examens, on ne peut déceler la présence de tréponèmes dans cette ulcération. En outre, l'adénopathie inguino-iliaque fait hésiter.

On essaie d'expliquer la tumeur iliaque par l'*appendicite* récente dont vient d'être opéré le malade. Les renseignements pris en chirurgie confirment qu'il s'est bien agi d'une appendicite banale, non tuberculeuse. On fait même une radiographie pour éliminer le diagnostic de *tumeur osseuse* auquel pouvait faire penser la fixité absolue de la masse iliaque. On constate l'intégrité de la paroi osseuse.

De sorte que le diagnostic de chancre syphilitique restant le plus vraisemblable, on décide de commencer le traitement d'épreuve; à ce moment le malade quitte le service.

Il revient le 15 novembre 1929. Il présente une *ulcération herpétiforme* de la verge siégeant sur la *cicatrice du chancre précédent* et offrant exactement les mêmes caractères.

L'adénopathie inguinale persiste, inflammatoire, un peu douloureuse. L'*adénopathie iliaque* n'a pas rétro-cédé; elle est toujours volumineuse, douloureuse, fixée.

Le laboratoire donne les résultats suivants:

1° Absence répétée de tréponèmes au niveau de l'ulcération;

2° Wassermann négatif;

3° Intradermoréaction au Dmelcos négative;

4° Intradermoréaction à l'extrait glyceriné de ganglion lymphogranulomateux positive.

Les jours suivants, l'ulcération de la verge guérit spontanément; l'adénopathie persiste.

Diagnostic différentiel

1° On ne s'arrête même pas à l'hypothèse d'*adénite tuberculeuse*, dont les caractères et l'évolution sont tout différents.

2° On élimine facilement le *chancre mou* par les examens de laboratoire aussi bien que par les caractères objectifs.

Restent deux diagnostics possibles.

3° Le *chancre syphilitique*: contre ce diagnostic s'inscrivent: L'absence répétée de tréponèmes, la réaction de Wassermann négative, la grosse adénite iliaque et, surtout, l'absence d'accidents secondaires chez ce malade qui, au 15 décembre, c'est-à-dire quatre-vingt-dix jours après le début de l'ulcération, ne présente encore aucune éruption au niveau de la peau et des muqueuses.

Aussi, envisage-t-on l'hypothèse suivante:

4° La *maladie de NICOLAS et FAVRE*. Cette hypothèse semble, d'ailleurs, solidement étayée par: les caractères de l'adénopathie iliaque; l'existence des ulcérations qui ont guéri rapidement et spontanément; l'intradermo-réaction positive.

On institue alors, chez ce malade, un traitement par le sulfate de cuivre colloïdal. Dès la douzième injection, la masse iliaque diminue nettement de volume et devient indolore.

Ce résultat semble démonstratif lorsqu'apparaît une *roséole caractéristique* tranchant définitivement le diagnostic. En même temps on note l'existence d'un point douloureux de périostite sur le plateau tibial gauche.

OBSERVATION II (*inédite*)

Le malade qui nous intéresse, *Claudius R...*, est envoyé, dans le service de MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATÉ, pour une ulcération suspecte siégeant sur la verge, Il entre dans le service le 28 décembre 1929, aux Chazeaux.

Agé de soixante ans, il se présente à nous comme un sujet robuste, jouissant d'un bon état général. Il n'a jamais eu de maladie générale grave; jamais, jusqu'à ce jour, il n'a été atteint d'une maladie vénérienne.

Il présente, depuis longtemps, une hernie inguinale droite.

A l'examen, lors de l'entrée du malade, on trouve au niveau du frein une ulcération arrondie, dont les dimensions sont voisines de celles d'une pièce de cinquante centimes. Elle repose sur une base légèrement indurée; les bords ne sont pas décollés, le fond est légèrement rosé et peu suintant.

Une *recherche du tréponème* au niveau de l'ulcération, pratiquée le jour même, *est positive*.

Le diagnostic de *chancre syphilitique*, qui s'imposait indiscutablement, est alors porté.

Du côté ganglionnaire, sur lequel nous portons notre attention, au niveau du pli inguinal gauche, on observe, par une simple *inspection*, une véritable *tumeur*.

Elle s'étend sur les deux tiers internes de la longueur du pli; elle est large de deux gros travers de doigt.

La *palpation* révèle une consistance dure. On ne distingue pas une pleïade ganglionnaire; au contraire, on éprouve la sensation d'une masse ganglionnaire dans laquelle tous les éléments sont *soudés* les uns aux autres. Il existe un degré certain de *périadénite* et l'ensemble est très *légèrement inflammatoire*.

C'est une véritable *barrière* qui sépare la fosse iliaque gauche de la portion antero-supérieure de la cuisse. Le bord inférieur de l'adénopathie est à peine sensible. Le *bord supérieur* se dresse, en « à pic » sur le bord inférieur de la fosse iliaque.

La nature indiscutable de l'affection fait mettre le malade au traitement antisypilitique par injection de Novarsénobenzol. Une série complète est pratiquée.

Le 30 janvier 1930, on note la disparition complète du chancre.

De même, sous l'influence du traitement, on voit, peu à peu, de jour en jour, l'*adénopathie* inguinale se résorber. Elle *a diminué des trois quarts de son volume* et est à peine perceptible lorsque le malade quitte le service le 8 février.

Depuis cette date il n'a plus été revu.

OBSERVATION III (*inédite*)

Le malade dont nous allons rapporter l'observation est âgé de 30 ans environ. Il se présente à la consultation des Chazeaux, dans le service de MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATÉ, pour une *ulcération* du *sillon balano-préputial*. Elle ne date encore que de

quelques jours et il n'a été pratiqué aucun traitement.

A l'examen, on note une ulcération superficielle, très peu surélevée par rapport aux plans adjacents, de petites dimensions. Les bords ne sont pas décollés; la coloration est rose violacé. La base est légèrement indurée.

Devant un tel tableau clinique, le diagnostic de *chancre syphilitique* est posé.

A distance, on s'aperçoit que les *ganglions inguinaux bilatéraux* sont très volumineux, formant deux véritables masses ganglionnaires où il est fort difficile de séparer les uns des autres les éléments constitutants.

Par suite du développement considérable de cette adénopathie (et parce que depuis quelque temps on a l'attention attirée, dans le service, sur les adénopathies iliaques), on examine attentivement les fosses iliaques du malade.

Et cet examen nous permet de mettre en évidence, dans la *fosse iliaque droite*, un paquet ganglionnaire du volume d'un œuf. Cette masse est profondément située et se trouve solidement *fixée* à la paroi; tous les efforts pratiqués pour la mobiliser restent vains.

Le malade n'accuse aucune douleur aussi bien spontanée que provoquée.

Le siège et la consistance ne laissent aucun doute sur la nature ganglionnaire de cette masse.

Devant l'intensité et le siège de ces réactions ganglionnaires on est alors orienté vers le diagnostic possible d'une *maladie de NICOLAS et FAVRE*.

Cependant, on pratique une recherche du tréponème dans la sérosité issue de l'ulcération et le laboratoire

nous apporte la preuve indiscutable de la nature syphilitique du chancre.

On conseille alors au malade de rester quelque temps dans le service pour y recevoir le traitement que réclame son état: *le malade sort et ne revient pas.*

De ce fait, nous nous excusons de ne pouvoir fournir une observation plus complète ni aucun renseignement de plus sur l'évolution de cette maladie.

OBSERVATION IV (*inédite*)

Il s'agit d'un malade âgé de trente-quatre ans, sujet grec, s'exprimant avec difficulté en français, exerçant la profession de manœuvre.

Il vient à la consultation des Chazeaux, le 1^{er} octobre 1930, pour un *phimosis* et une *tumeur* du pli inguinal gauche.

On ne relève rien de particulier dans ses *antécédents héréditaires*: tous les membres de sa famille sont bien portants; rien, non plus, au point de vue de ses *antécédents personnels* si ce n'est un éthylisme certain que le malade avoue d'ailleurs de lui-même.

Lorsqu'il se présente à la consultation on note (à part le *phimosis*) un écoulement purulent que l'on attribue, après un examen rapide, à de la balanite.

Le malade ne peut décalloter. On recherche cependant, par un palper léger, à déceler l'existence d'une ulcération sous-préputiale: et l'on constate un certain degré nodulaire d'induration, au niveau du sillon balanopréputial, sur la face dorsale de la verge.

Le 2 octobre, soit le lendemain de son entrée, le malade est débridé. On s'aperçoit alors qu'il est porteur d'un *chancre* à la place où l'on avait noté, la veille, une certaine induration. Cette ulcération présente la forme et les dimensions d'un petit grain de haricot. Le fond en est un peu rosé et il n'existe presque pas de suppuration.

La *recherche du tréponème* pratiquée donne un *résultat positif*.

A *distance*, on note des modifications très particulières au niveau des ganglions inguinaux gauches. Cette adénopathie avait d'ailleurs attiré notre attention, dès l'entrée du malade, par suite de son volume important.

Elle se présente sous la forme d'une *masse allongée, légèrement inflammatoire*, occupant la presque totalité de la longueur du pli inguinal.

L'extrémité interne est large de trois gros travers de doigt; puis la masse s'amincit, peu à peu, tel un fuseau, en remontant vers la face externe de la cuisse.

L'ensemble est de *consistance dure*; il y est difficile d'y mettre en évidence un seul ganglion. Il existe un degré certain de *periadénite*.

Le malade accuse une certaine gêne, mais pas de douleur nette.

Le traitement antisiphilitique est institué. Trois injections intraveineuses de novarsénobenzol ont entraîné, déjà, une diminution de l'adénopathie.

Commentaires

Les observations que nous venons de rapporter, concernent toutes des malades atteints de syphilis primaire avec accident primitif génital. Chez tous, les caractères de l'adénopathie satellite sont apparus comme contraires aux règles cliniques habituelles.

Et nous croyons qu'il n'est peut-être pas inutile de nous reporter un peu en arrière, pour nous arrêter, quelques instants, sur chacun des cas que nous venons de présenter. Cela nous permettra de mettre, peut-être, un peu plus de relief à des faits cliniques presque assez probants par eux-mêmes.

L'OBSERVATION I, principalement, mérite toute notre attention. C'est un malade chez lequel il a été longtemps difficile de faire un diagnostic précis tant l'affection dont il était atteint présentait une symptomatologie embarrassante, prêtant à différentes interprétations.

Ce malade a d'ailleurs fait l'objet d'une discussion — à laquelle ont pris une large part MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS et MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATÉ — à la réunion de Lyon de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, dans sa séance du 19 décembre 1929.

Tout l'intérêt de cette observation réside dans les particularités que présente, à différents points de vue, cette syphilis :

- 1° On n'a jamais pu constater de tréponèmes;
- 2° La réaction de Wassermann, qui était légèrement

positive au début, est devenue négative, par la suite, alors même que le malade présentait une récurrence de son ulcération;

3° La roséole, symptomatique et révélatrice de cette syphilis, n'est apparue que tardivement (plus de trois mois après le chancre).

4° Une intradermo-réaction à l'extrait de ganglion lympho granulomateux, s'est trouvée être positive ;

5° (Et c'est à ce point de vue surtout que cette observation présente, pour nous de l'intérêt.) : On s'est trouvé en présence d'une *grosse adénopathie syphilitique primaire douloureuse et fixée*. Autant de caractères qui rendaient difficile le diagnostic, car il n'est pas habituel, à la période primaire d'une syphilis, de trouver des *ganglions tuméfiés, légèrement inflammatoires et douloureux*. L'extension de la réaction ganglionnaire aux éléments iliaques, compliquait encore la question. Si bien qu'il a fallu, plus tard, la présence d'une roséole typique, pour que l'on ait la certitude absolue qu'il s'agissait bien d'une syphilis et non d'une *maladie de NICOLAS et FAVRE*, à laquelle les signes cliniques, et une intradermo-réaction positive, faisaient tout d'abord penser.

L'OBSERVATION II voit son intérêt augmenté du fait de l'âge déjà avancé du sujet: *soixante ans*. Il appartient donc à cette catégorie de malades, pour lesquels il est classique de dire que l'adénopathie syphilitique primaire est *minime* (cf.: AUGAGNEUR, CARLE ET LACASSAGNE).

Dans le cas présent, c'est une adénopathie volumi-

neuse, dure, constituée par une seule *masse*, légèrement *inflammatoire*, avec *périadénite*, que nous trouvons. Combien nous sommes loin de l'adénopathie minime! Quelle différence même avec l'adénopathie syphilitique primaire communément observée avec ses ganglions séparés, avec prédominance habituelle de l'un d'entre eux, mobiles, roulant bien sous le doigt, où chaque élément conserve son individualité propre.

L'OBSERVATION III — que nous nous excusons de fournir aussi peu dense du fait que le malade n'est plus revenu dans le service — offre ceci de particulier: d'une part on note une *adénopathie inguinale double, volumineuse, bilatérale*; d'autre part, nous trouvons *dans la fosse iliaque droite une masse ganglionnaire volumineuse et fixée*.

FOURNIER parle bien de « ganglions intéressés au delà des pleïades inguinales », mais le cas qu'il rapporte concerne une adénopathie de dimensions moindres puisqu'il la compare à une « noisette ». Alors que, chez notre malade, le volume de cette masse iliaque atteint celui d'un *œuf*.

Nous rapportons d'ailleurs cette observation avec les réserves qui s'imposent. En effet, nous n'avons pas suivi le malade et nous ne pouvons pas affirmer qu'il n'ait pas présenté, ultérieurement, une *maladie de NICOLAS et FAVRE*; cette dernière pouvant parfaitement, comme le fait a été plusieurs fois observé, coexister avec la syphilis.

Nous tenons cependant à faire remarquer que la masse inguinale n'était nullement inflammatoire

comme elle est d'habitude dans la lymphogranulomatose.

Tout en regrettant de n'avoir pu suivre le malade et de n'avoir pu pratiquer l'intradermo-réaction dont le caractère négatif donnerait plus de poids à notre observation, nous avons cru cependant devoir rapporter l'histoire de ce malade et, à la lumière de l'observation I, nous nous demandons s'il ne s'est véritablement pas agi d'une forme atypique d'adénopathie syphilitique avec localisation iliaque anormale.

Quant à L'OBSERVATION IV elle est à rapprocher de l'observation II. Aussi, ne nous étendrons-nous pas à son sujet.

Qu'il nous suffise de faire remarquer que, là encore, il s'agit d'une *masse ganglionnaire volumineuse, dense, avec periadénite*, c'est-à-dire à caractère franchement atypique.

Conclusions

De l'étude que nous venons de faire, il résulte :

I. — Que l'adénopathie syphilitique inguinale, satellite d'un accident primitif génital, se présente habituellement comme polyganglionnaire, dure, mobile, roulant sous le doigt, non inflammatoire et spontanément résolutive.

II. — Cependant, il existe des formes atypiques, plus nombreuses qu'on ne le croit, où — la syphilis à bubon d'emblée décrite par AUDRY étant mise à part — l'on peut distinguer deux groupes :

a) Celles où l'adénopathie est volumineuse, constituée par une masse ganglionnaire où les éléments sont soudés les uns aux autres; l'ensemble est légèrement inflammatoire et l'on constate un certain degré de périadénite; à tel point que, devant cette forme on a pu quelquefois penser à un épithélioma (Voir observations : II surtout, et IV);

b) Celles où l'on voit, surajoutée à l'adénopathie que nous venons de décrire, une extension de la réaction ganglionnaire portant sur les éléments de la fosse iliaque (Voir observations : I et III).

III. — Ces adénopathies, à caractère atypique, rendent le diagnostic de syphilis primaire embarrassant : elles orientent même, souvent, vers des diagnostics erronés.

IV. — Il importe donc, du point de vue pratique, devant une adénopathie atypique coïncidant avec une ulcération d'allure syphilitique siégeant dans la région génitale, de rechercher, par tous les moyens possibles, à mettre en évidence la nature syphilitique de l'affection.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	NICOLAS.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 16 Octobre 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- AUDRY. — Syphilis sérologique d'emblée. (*Bulletin de la Société Française de Dermato-Syphiligraphie*, mars 1923).
- AUDRY et CHATELIER. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (1921, T. II).
- AUGAGNEUR, CARLE et LACASSAGNE. — *Précis des maladies vénériennes* (année 1927).
- BAZIN. — *Leçons théoriques et cliniques sur la Syphilis*. (Paris, 1866.)
- BEJARANO. — Contribucion al estudio de la sifilis ganglionar. (*Acta dermo-sifiligraphica*, mars 1923.)
- BELHOMME et MARTIN. — *Traité de pathologie syphilitique et vénérienne*. (Paris, 1864.)
- DESRUELLES. — *Traité pratique des maladies vénériennes*. (Paris, 1836.)
- DEVERGIE. — *Clinique de la maladie syphilitique*. (Paris, 1826.)
- FELDMANN. — La Syphilis d'emblée. (*Revue française de Dermatologie et de Vénérologie*, 6 juin 1928.)
- FOURNIER. — *Traité de la Syphilis* (Tome I).
- GAVOY. — *Etudes cliniques sur le diagnostic et le traitement des bubons vénériens*. (Paris, 1882.)

- GOW. — Some disorders of the lymph glands. (*Bulletin Médical*, 1^{er} décembre 1928).
- HALLOPEAU. — *Traité de la Syphilis* (1911).
- HAZEM. — *Syphilis. A treatise on etiology, pathology, symptomatology, diagnosis, prophylaxis and treatment.* (Saint-Louis Mosby edition 1928.)
- HOFFMANN. — Importance des atteintes ganglionnaires dans l'étude de la syphilis. (*Dermatologische Wochenschrift*, 1928, T. LXXXVII, N° 39.)
- JOURDAN. — *Traité complet des maladies vénériennes.* (Paris, 1826).
- KRECKE. — Ueber Lymphdrüsenerkrankungen. (*Med. Wochenschrift München*, 1924, N° 5).
- LANCEREAUX. — *Traité historique et pratique de la Syphilis.* (Paris, 1873.)
- LANZEMBERG. — Contribution à l'étude des adénopathies inguinales. (*Thèse de Strasbourg*, 1928.)
- NAEGELI. — Essais d'une interprétation simple des processus immunitaires au cours de la syphilis. (*München Med. Wochensch.*, mai 1929.)
- NANTA. — Syphilis ganglionnaire. (*Sud Médical et Chirurgical*, décembre 1925.)
- NICOLAS. — *Bulletin de la Société française de Dermato-syphiligraphie.* (Réunion de Lyon, séance du 19 décembre 1929, rapportée dans le numéro de février 1930.)
- NICOLAS, AUDRY ET DURAND. — *Traitement des maladies cutanées et vénériennes*, 1909.
- NICOLÁS, MOUTOT ET DURAND. — *Thérapeutique de la Syphilis et des Maladies vénériennes*, 1928.

RICORD. — *Traité pratique des maladies vénériennes.* (Paris, 1838.)

— *Traité complet des maladies vénériennes.* (Paris, 1851.)

ROLLET (J.). — *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, le chancre simple et la blennorragie.* (Lyon, 1851.)

SAINZ DE AJA. — La syphilis sans chancre. (*Ecos españolas de Dermatología y sifiligrafía.* Abril 1929, N° 39.)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	11
INTRODUCTION	13
PREMIÈRE PARTIE: Historique et formes classiques	17
DEUXIÈME PARTIE: Les formes atypiques déjà si- gnalées	25
OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES.....	31
CONCLUSIONS	45
BIBLIOGRAPHIE	47



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

• • • • • LYON • • • • •



